

Bienvenido a Neurocirugía Gervin y ¡No Más Cuchillo! Estamos comprometidos en proporcionarle lo último en tratamientos médicos modernos, de una manera rápida y agradable.

Por favor lea y complete este cuestionario. Asegúrese de traer TODO lo listado a continuación a su primer consulta:

- Historia Clínica (este documento, llenado y firmado)**
- Tarjeta de Seguro Médico**
- Tarjeta y Póliza de Seguro de Automóvil (sólo si su solicitud de consulta es producto de un accidente automovilístico)**  
Por favor traiga la información de facturación de la persona involucrada en el accidente. Por lo general, éste incluye el nombre de su compañía aseguradora, número de reclamación, nombre del ajustador y teléfono. Si ha contratado un abogado, debe proporcionar el nombre del abogado, dirección y teléfono. Si alguno de estos datos pertinentes hace falta, nos veremos en la necesidad de reagendar su consulta.
- Pase de Transferencia (según aplique a su caso)**  
Los pases de transferencia deben de ser emitidos por su médico tratante. Si usted no está seguro si su seguro médico requiere uno, por favor marque el número telefónico de atención a clientes indicado en la parte de atrás de su tarjeta de seguro médico para obtener información al respecto. Si su médico primario se ha comprometido a enviar un fax a nuestra atención, por favor llámenos antes de asistir a su consulta para verificar que el fax fue recibido.
- Deducibles**  
Usted deberá cubrir el deducible (conocido en inglés como “co-payment”) el día de su primer consulta y antes de comenzar ésta. El monto del deducible puede ser identificado generalmente como el número que sigue a la letra “S” en la parte de enfrente de su tarjeta de seguro (la S es la inicial –en inglés- de la palabra especialista). Si usted tiene dudas sobre este deducible, por favor marque el número telefónico de atención a clientes indicado en la parte de atrás de su tarjeta de seguro médico para obtener información al respecto. Para su comodidad aceptamos las tarjetas de crédito y débito más importantes (Visa, American Express, Discover, Master Card).
- Estudios de Gabinete/Registros Médicos**  
Por favor traiga todas los estudios de gabinete (rayos X, tomografías, etc) relacionadas con su enfermedad o lesión ya sea impresos o grabados en CD. Adicionalmente, traiga todos los registros médicos relevantes ya que éstos ayudarán a acelerar nuestro entendimiento de su lesión o enfermedad y a agendarle una cita lo más pronto posible.

Su atención y cuidado en cubrir estos requisitos ayudarán a asegurar que su primer consulta proceda de manera eficiente. Por favor cumpla con TODOS los requisitos arriba mencionados (según apliquen a su caso) así como traiga este Historia Clínica firmada en original; en caso contrario, nos veremos en la necesidad de reprogramar su consulta. Si tiene usted alguna duda, por favor no dude en llamarnos.

Una vez más, bienvenido a nuestro consultorio. Esperamos recibirle y atenderle con nuestros servicios médicos de la más alta calidad.

#### Locales

##### Condado de Broward

Pembroke Pines

2301 N. University Dr., Ste. 210  
Pembroke Pines, FL 33024  
Teléfono: 954-961-3365  
Fax: 954-961-5629

##### Condado de Palm Beach

Boca Raton

7025 Beracasa Way, Suite 204  
Boca Raton, FL 33433  
Teléfono: 561-300-3750

##### Condado de Miami-Dade:

Aventura

21150 Biscayne Blvd., Ste. 208  
Aventura, FL 33180  
Teléfono: 305-682-9944

Doral

8323 NW 12th St., Ste. 202  
Doral, FL 33126  
Teléfono: 786-517-6600

#### En internet

info@drgerwin.com  
www.avoidtheknife.com  
www.drgerwin.com

**35**  
**YEARS**

**35 años  
de Atención  
Quirúrgica y  
No Quirúrgica  
en el sur  
de la Florida**

**RECIBO DE NOTIFICACIÓN SOBRE LAS POLÍTICAS  
DE PRIVACIDAD DE LA HIPPA**  
**FORMATO DE ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído/revisado la notificación de las políticas  
(Nombre del Paciente)  
de confidencialidad de Stephen Z. Gervin, MD, Cirugía Neurológica, PA. Mi firma a continuación es  
confirmación de que conozco y entiendo las políticas y procedimientos de Confidencialidad, así como  
mis derechos como paciente según lo estipulado por las Leyes de la HIPAA que están listadas en la  
pared de la recepción del consultorio, así como en copias disponibles en el escritorio.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## FORMATO PARA PROPORCIONAR/ACTUALIZAR DATOS DEL PACIENTE

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Nombre (Name)		# de Seguro Social (Soc. Security No.)	
Dirección (Mailing Address)	Depto (Apt.)	# Celular (Cell#)	
Ciudad (City)	Código Postal (Zip)	# de Casa (Home#)	
Fecha de Nacimiento (DOB)	Edad (Age)	Sexo (Sex)	# de Trabajo (Work#)

Nombre del contacto en caso de emergencia (Emergency Contact Person)		# del Contacto (Contact#)
Nombre del familiar más próximo (Next of Kin) (en caso de ser diferente al contacto de emergencia)		# del Contacto (Contact#)
Médico Primario (Primary Doctor)	# de Tel. (Ph#)	# de Fax (Fax#)

**¿Como se enteró de nuestros servicios? (How did you learn about us?)**  
(Por favor marque todas las opciones que apliquen – puede marcar más de una):

<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Periódico/Medios (Newspaper) Indique cuál(es):	<input type="checkbox"/> Internet Indique cuál(es):	<input type="checkbox"/> Recomendación de otro paciente (Patient Referral)
Nombre (Name)	<ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Miami Herald</li> <li>☆ Sun Sentinel</li> <li>☆ El Nuevo Herald</li> <li>☆ Radio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Google</li> <li>☆ Yahoo</li> <li>☆ nomascuchillo.com</li> <li>☆ DrGervin.com/espanol</li> </ul>	Nombre (Name)
Especialidad (Specialty)			
# de Tel. (Phone#)			

¿Qué forma de pago utilizará para pagar su deducible/consulta?  
(What form of payment will you use to pay your copay/deductible/visit):

<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito (Debit)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito (Credit Card)
<input type="checkbox"/> Cheque (Check)
<input type="checkbox"/> Efectivo (Cash)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## FORMATO PARA PROPORCIONAR/ACTUALIZAR DATOS DEL PACIENTE

**SACAREMOS UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO Y LA ADJUNTAREMOS PARA EFECTOS DE FACTURACIÓN (YOUR INSURANCE CARD WILL BE COPIED AND ATTACHED FOR BILLING INFORMATION):**

Por favor indique quién es el asegurado principal en su póliza de seguro (en caso de no ser usted mismo)  
(Please list who is the primary insured on this policy (if other than yourself)):

Debe proporcionar el # de Seguro Social (Must include their SSN#): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_

*El Dr. Stephen Gervin ha optado por no estar asegurado por negligencia médica. Esto está permitido según las leyes de Florida y bajo ciertas restricciones. Las leyes de Florida aplican penalizaciones a aquellos médicos que no contesten satisfactoriamente a juicios producto de reclamaciones por negligencia médica. Esta notificación le es proporcionada a usted según lo indican las leyes de Florida. Se nos es requerido proporcionarle una copia de esta notificación para que la firme, confirme haberla recibido y la guarde en su archivo médico.*

Entiendo y estoy de acuerdo (independientemente del estatus de mi seguro médico) que soy responsable por el pago de todos los servicios profesionales recibidos. Reconozco que soy responsable por el pago de todos los servicios no cubiertos por mi compañía aseguradora. He leído toda la información contenida en ambos lados de esta hoja y he contestado las preguntas arriba mencionadas. Certifico que esta información es verdadera y correcta hasta donde tengo entendido. Les notificaré en caso de cualquier cambio en mi estatus o de la información proporcionada en este documento. Entiendo que los deducibles deben ser cubiertos al momento de recibir el servicio.

**Por favor firme y continúe con las siguientes 3 hojas.** (Please sign below and continue on the next 3 pages.)

\_\_\_\_\_  
Firma (Signature)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

\_\_\_\_\_  
Padre o Madre (en caso de ser un menor de edad) (Parent - if Minor)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CLÍNICO (por favor conteste todas las preguntas)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Edad (Age) \_\_\_\_\_

Estatura (Height) \_\_\_\_\_

Peso (Weight) \_\_\_\_\_

Diestro (Right Handed)

Zurdo (Left Handed)

Queja o Malestar Principal (Chief Complaint)

Motivo de su consulta (Reason for your visit):

\_\_\_\_\_

Describa los detalles o historia de la lesión o enfermedad que lo trae a nosotros, incluyendo cuándo comenzó, tratamiento, doctores y/o clínicas y fechas (Describe details or history of your present illness including onset, treatment, doctors and/or clinics and dates):

\_\_\_\_\_

¿Es este problema resultado de un accidente? (Is this problem a result of an accident?)  Si (Yes)  No (No)

Fecha del accidente (Date of Accident): \_\_\_\_\_

☆ Auto (Car)

☆ Trabajo (Work)

☆ Otro (Other) \_\_\_\_\_

¿El caso aún está abierto? (Case still open/pending?) ☆ Si (Yes) ☆ No (No)

Si el caso está cerrado, proporcione la fecha (If closed or settled, provide date): \_\_\_\_\_

¿Faltó al trabajo, si fue así, por cuánto tiempo? (Did you miss any time from work, if yes how much?) \_\_\_\_\_

¿Estuvo involucrado en otro(s) accidentes(s) antes/después de éste? (Is there any another accident(s) before/after this one?)

☆ No (No)

☆ Si (Yes) – en caso de responder SI, proporcione las fechas y

los tratamientos recibidos (if yes, provide dates and treatments given): \_\_\_\_\_

Historial de Salud (Past History)

Proporcione fechas y liste otros problemas de salud previos, incluyendo los doctores que ha visto (Date and list any prior major illness/injury including doctors you have seen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías/Hospitalizaciones, incluya año, motivo y complicaciones (Surgeries/Hospitalizations include year, reason and any complications): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste todos los Medicamentos que está tomando actualmente e incluya cualquier Suplemento Herbal (List all current Medications include any Herbal Supplements) - Dosis (Dose): \_\_\_\_\_ Frecuencia (Frequency): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS (ALLERGIES TO MEDICATIONS): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema con anestesia? (Any prior problems with anesthesia?)  Si (Yes)  No (No)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CLÍNICO (por favor conteste todas las preguntas)

Historia Familiar (Family History)	Con vida (Alive)	Fallecido (Deceased)	Edad (Age)	Estado de salud o causa de muerte (Health status or cause of death)	
	Padre (Father)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	Mother (Madre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	Hermano(a) (Sister/Brother)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	Hermano(a) (Sister/Brother)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	Hermano(a) (Sister/Brother)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

  

Historia Social (Social History)	<p><b>Trabajo (Employment):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si- Mi ocupación es (Yes-My occupation is): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado, fecha del último día trabajado y motivo(s) por el(los) cual(es) dejó de trabajar (Not employed, last worked date and the reason(s) you are not working now) _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Desehabilitado, proporcione la fecha y la razones (Disabled, provide date of disability and the reason(s) for your disability) _____</p> <p>_____</p>
	<p><b>Educación (último nivel) (Education - highest level):</b> _____</p>
	<p><b>Estado civil (Military service):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si, tipo de liberación (Yes type of discharge) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No (No)</p>
	<p><b>Estado civil (Marital Status):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Soltero (Single)</p> <p><input type="checkbox"/> Casado (Married)</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado (Divorced)</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo (Widowed)</p>
	<p><b>¿Tiene hijos? (Do you have children?)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Cuántos? (Yes. How many?) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No (No)</p>
	<p><b>¿Fuma? (Do you smoke?)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si (Yes)</p> <p>    ¿Cuántas veces por día? (How much per day) _____</p> <p>    ¿Por cuánto tiempo? (For how long) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No, lo dejé hace _____ años (No, I quit X years ago)</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca (No never)</p>
	<p><b>¿Consumo bebidas alcohólicas? (Do you drink alcohol?)</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca (No, never)</p> <p><input type="checkbox"/> No, pero solía hacerlo (No, but I used to)</p> <p><input type="checkbox"/> Si. ¿Cuánto y qué tan seguido? (Yes How much and how often?) _____</p>
	<p><b>¿Ha abusado de una o mas drogas? (Any history of drug abuse?)</b></p> <p><input type="checkbox"/> No (No)</p> <p><input type="checkbox"/> Si, por favor especifique (Yes, please explain): _____</p>

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas del cuerpo (Review of Systems):**  
(Por favor indique los síntomas sufridos en el último año)

**Estado General (Constitutional):**

- NINGUNO (NONE)
- Fiebre (Fever)
- Pérdida de peso (Weight Loss)
- Fatiga excesiva (Excessive Fatigue)
- Bochornos/Escalofríos (Night Sweats/Chills)
- Dolor de cabeza (Headache)
- Falta de sueño (Loss of sleep)
- Desmayos (Fainting)
- Depresión (Depression)
- Pérdida de memoria (Forgetfulness)

**Cardiovascular (Cardiovascular):**

Fecha del último electrocardiograma (Date of last EKG):

\_\_\_\_\_

- NINGUNO (NONE)
- Dolor de pecho o Angina (Chest Pain or Angina)
- Presión alta (High Blood Pressure)
- Pulso irregular (Irregular Pulse)
- Dolor de pierna al caminar (Leg Pain While Walking)
- Taquicardia (Heart Murmur)
- Colesterol alto (High Cholesterol)
- Inflamación en pies o manos (Swelling in Feet or Hands)

**Ocular (Eyes):**

Fecha del último examen (Date of Last Exam):

\_\_\_\_\_

- NINGUNO (NONE)
- Infecciones/Lesiones (Infections/Injuries)
- Glaucoma (Glaucoma)
- Cataratas (Cataracts)
- Visión doble (Double vision)
- Visión borrosa (Blurred vision)

**Respiratorio (Respiratory):**

Fecha de los últimos rayos X de pecho  
(Date of last Chest X-ray):

\_\_\_\_\_

- NINGUNO (NONE)
- Asma (Asthma)
- Tos crónica (Chronic Cough)
- Enfisema (Emphysema)
- Falta de aliento (Shortness of Breath)
- Cáncer de pulmón (Lung Cancer)
- Secreciones con sangre (esputo) (Bloody Sputum)
- Neumonía (Pneumonia)
- Bronquitis (Bronchitis)

**Otorrinolaringología y Boca (E.N.T. and Mouth):**

Fecha del último examen de audición  
(Date of last hearing exam):

\_\_\_\_\_

- NINGUNO (NONE)
- Pérdida de audición (Hearing Loss)
- Dolor de oído (Ear Pain)
- Zumbido en los oídos (Ringing in Ears):  
Lado (Side): D (R) I (L) Ambos (Both)
- Congestión nasal (Nasal Congestion)
- Dolor de garganta (Sore Throats)
- Sangrado de nariz (Nosebleeds)
- Dolores de cabeza por sinusitis (Sinus Headaches)
- Pérdida del olfato (Inability to Smell)
- Pérdida del balance (ej., vértigo, mareos)  
(Balance Disturbance)
- Problemas de sinusitis (Sinus problems)
- Nasal (Nasal)
- Aftas (también conocidos como "fuegos") (Mouth Sores)

**Gastrointestinal (Gastrointestinal):**

- NINGUNOS (NONE)
- Náusea/Vómito (Nausea/Vomiting)
- Sangre en el vómito (Blood in your Vomit)
- Enfermedad del hígado (Liver Disease)
- Ictericia (Jaundice)
- Cáncer de Cólon (Colon Cancer)
- Dolor abdominal (Abdominal Pain)
- Úlceras/Gastritis (Ulcers/Gastritis)
- Indigestión/ Dolor al comer (Indigestion/Pain With Eating)
- Cambios en los hábitos de su intestino (para ir al baño)  
(Change in Your Bowel Habits)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas del cuerpo (Review of Systems):**  
(Por favor indique los síntomas sufridos en el último año)

**Genitourinario (Gastrourinary):**

- NINGUNO (NONE)
- Sangre en la orina (*Blood in Your Urine*)
- Incontinencia (*Incontinence*)
- Piedras en el riñón (*Kidney Stones*)
- Cáncer de próstata (*Prostate Cancer*)
- Dificultad para comenzar a/ parar de orinar (*Difficulty Starting or Stopping Stream*)
- Endometriosis (mujeres) (*Endometriosis (females)*)
- Cáncer cervical o uterino (mujeres) (*Uterine or Cervical Cancer (females)*)
- Infecciones del tracto urinario/ Dolor al orinar (*Urinary Tract Infections/Painful Urination*)

**Neurológico (Neurological):**

- NINGUNO (NONE)
- Desorientación (*Disorientation*)
- Desmayos o "vista nublada" (*Fainting Spell or "Black Outs"*)
- Problemas de memoria (*Memory Problems*)
- Dificultad al hablar (*Speech Difficulty*)
- Coordinación del brazo (*Coordination in Arm*)
- Crisis convulsivas (*Seizures*)
- Falta de concentración (*Inability to Concentrate*)
- Visión borrosa/doble (*Double/Blurred Vision*)
- Debilidad en la cara y/o en las piernas (*Face Weakness and/or Legs*)

**Músculo esquelético (Musculoskeletal):**

Huesos rotos - Lístelos (*Broken Bones - List*):

- 
- NINGUNO (NONE)
  - Debilidad de brazo o pierna (*Arm or Leg Weakness*)
  - Dolor de espalda (*Back Pain*)
  - Dolor de brazo o pierna (*Arm or Leg Pain*)
  - Inflamación o dolor de articulaciones (*Joint Pain or Swelling*)
  - Artritis (*Arthritis*)

**Psiquiátrico (Psychiatric):**

- NINGUNO (NONE)
  - Ansiedad (*Anxiety*)
  - Depresión (*Depression*)
  - Otros trastornos psiquiátricos/Tratamientos (*Other Psychiatric Disorder/Treatment*):
- 

**Piel y Anexos (Integumentary):**

Fecha y resultado del último mamograma (mujeres)  
(*Date and Result of Last Mammogram (female's)*):

- 
- NINGUNO (NONE)
  - Enfermedad de la piel (*Skin Disease*)
  - Cáncer de piel (*Skin Cancer*)
  - Dolor en el pecho, sensibilidad o inflamación (*Breast Pain, Tenderness or Swelling*)
  - Secreción del pezón (mujeres) (*Nipple Discharge (females)*)

**Endocrinológico (Endocrine):**

- NINGUNO (NONE)
- Diabetes (*Diabetes*)
- Enfermedad de la tiroides (*Thyroid Disease*)
- Incremento del apetito (*Increased Appetite*)
- Sed u orina excesiva (*Excessive Thirst or Urination*)
- Problemas hormonales (*Hormone Problems*)

**Alergias/Inmunológico (Allergic/Immunologic):**

- NINGUNO (NONE)
- Alergia a ciertos alimentos (*Food Allergies*)
- Alergia nasal (*Inhalant (nasal) Allergies*)
- Trastornos inmunológicos (*Immunologic Disorders*)
- Al látex (*Latex*)

**Hematológico/Linfático (Hematologic/Lymphatic):**

- NINGUNO (NONE)
  - Anemia (*Anemia*)
  - Hemofilia (*Hemophilia*)
  - Tendencia a sangrar (*Bleeding Tendencies*)
  - Glándulas inflamadas continuamente o nudos linfáticos (*Persistent Swollen Glands or Lymph Nodes*)
  - Transfusión de sangre (*Blood Transfusion*)  
En caso afirmativo, ¿cuándo? (*If yes, when?*)
- 
- 

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

El audio de todas las consultas es grabado, transcrito y archivado electrónicamente por exactitud y protección mutua. Mi firma a continuación muestra que estoy de acuerdo con esta estipulación y que la información es exacta hasta donde tengo entendido.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN PERENE

I request that payment of authorized insurance benefits be made on my behalf for any services and/or supplies furnished to me by Stephen Z. Gervin, M.D. I authorize any holder of medical or other information to release any information needed to determine these benefits for related services or payment.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Yo, autorizo a Stephen Z. Gervin, M.D. a proporcionar cualquier información, adquirida en el curso de mi auscultación o tratamiento, a mi compañía de seguros y/o a otros médicos involucrados en mi atención.  
POR FAVOR NOTE QUE ESTO INCLUYE EL DERECHO A ENVIAR LA INFORMACIÓN POR FAX.

Por favor considere que en observación a los reglamentos de la HIPAA, honraremos su derecho de privacidad y confidencialidad como paciente según lo estipulado en la notificación de Práctica Privada efectiva desde abril 14 de 2003.

\_\_\_\_\_  
Firma del Pacient

\_\_\_\_\_  
Fecha

He revisado la información anterior con el paciente

\_\_\_\_\_  
Stephen Z. Gervin, MD, FACS (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

LEA POR FAVOR CON CUIDADO PACIENTE

DOCTOR ARBITRAJE ACUERDO

Este Acuerdo es hecho entre Stephen Z. Gervin, MD, Stephen Z. Gervin, M.D., FA.C.S., PA. Neurológico de Cirugía, y sus empleados, los agentes, y los sirvientes (más adelante se refirió colectivamente "Tratar" como) y \_\_\_\_\_ (se refirió más adelante a como "Paciente"). No es la intención de los partidos a este acuerdo de atar, sólo sí mismos pero también su, los herederos, personal representativo, los guardianes o ninguna persona que derivan sus reclamos por o en el beneficio al Paciente.

Es comprendido por el Paciente que él o ella no es requerida a utilizar doctor Gervin para servicios neuroquirúrgicos, para centros médicos ambulatorios o para otros servicios neurológicos o médicos de facilidades ("Servicios"). El Paciente también comprende que hay numerosos otros médicos y las facilidades en esta área que son calificadas para rendir Servicios de calidad y el Médico está dispuesto a referirse al Paciente a otro médico o la facilidad en el área de esos Servicios si el Paciente solicita. El Médico y el Paciente concuerdan que ese arbitraje es un método preferible a resolver cualquier disputa que ellos pueden tener con respecto a Servicios, y el deseo para evitar el gasto y el inconveniente de pleito, si por juez solo o por el jurado.

Es concordado mutuamente que cualquier controversia, la disputa o el reclamo que surgen fuera de o relacionan a los Servicios de cualquier tipo, inclusive el cuidado médico rendido o el pago de honorarios médicos o quirúrgicos, o de un otro asunto todo lo que, inclusive la interpretación, de esto, será asentado por conformidad de arbitraje con el Código de Arbitraje de Florida. La controversia de reclamo, será sometida a solo árbitro (que debe ser un médico licenciado en Florida) aceptó mutuamente por los partidos dentro de treinta (30) días de nota de una intención para arbitrar cualquier asunto a continuación. Si los partidos no pueden aceptar a un árbitro dentro de tal treinta (30) el período de día tal árbitro será seleccionado de acuerdo con el Código de Arbitraje de Florida por un tribunal, que tiene un Condado de Miami-Dade de situ N, Florida. El arbitraje de tal disputa será contenido Miami-Dade Condado, Florida. Dentro de treinta (30) días después de completar de descubrimiento. El premio del árbitro será final y atando en todos partidos al arbitraje y el juicio puede ser entrado sobre ello de acuerdo con la ley en cualquier tribunal de jurisdicción competente. En caso de arbitraje los partidos a esto concuerdan específicamente que ese descubrimiento será permitido en forma de interrogatorios escrito, las deposiciones de testigos, la producción, la inspección y copiando de documentos a la misma extensión es proporcionado como bajo las Reglas de Florida de Procedimiento Civil. Proporcionado, sin embargo, el tiempo para responder a peticiones para interrogatorios escritos, la producción y la inspección y copiando de documentos será reducido a diez (10) días.

Cualquier desacuerdo entre los partidos a la disputa en cuanto al alcance y a la extensión de y de la conformidad con el descubrimiento será referida al árbitro y su determinación será final. Los partidos concuerdan aún más esos tales procedimientos de descubrimiento que ambos serán extendidos dijeron tiempo para el descubrimiento. Todos gastos del árbitro y el arbitraje (no el abogado de incluido cada

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

partido honorarios, si cualquiera) será soportado igualmente entre el Paciente y el Médico. Los partidos a esto concuerdan que eso debe algún daño no-económico es concedido, en ningún acontecimiento irá la cantidad a daños económicos concedidos excede el conjunto de límites adelante en sec de Estatuto de Florida. 7660118(2) (generalmente \$500,000.00, con cantidades más grande permitidas bajo excepciones limitadas). La definición de daños no-económicos y el cálculo allí de será consecuente con el uso de dijo término y el cálculo de daños no-económicos bajo Estatutos de Florida (2003) la sec 766,202(8) y 766.118(2). Proporcionado, aún más, los partidos a esto concuerdan que ningunos daños punitivos pueden ser concedidos.

Debe ninguna parte del provisión de este Acuerdo es tenida no ejecutable ni en el conflicto con la ley, la validez de las partes ni provisiones restantes irá no fue realizado por tal tener.

Este acuerdo se quedará vigente para todo tratamiento, los servicios y la cirugía proporcionaron al paciente actualmente y cualquier fechas de futuro. Yo (nosotros) ha puesto las manos este \_\_\_\_day de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

EI MEDICO:

EI PACIENTE:

EI TESTIGO:

Por: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

Stephen Z. Gervin MD, FACS,  
la Cirugía Neurológica PA

el Paciente (Guardián si paciente es  
un menor) la Cirugía Neurológica PA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_